

anales de psicología, 1996, 12(2), 207-215

Psicología Clínica y de la Salud

El suicidio consumado en Murcia, 1990-1992

J.M. Gutiérrez García^(*) y F.J. Molina Clemente

Gabinete de Psicología "Eustress", Galdakao (Vizcaya)

Resumen: Se ha analizado la conducta suicida en la Comunidad Autónoma de Murcia durante el período 1990-92, hallándose una tasa total de 6,31 suicidios por cada 100.000 habitantes, y de 9,52 y 3,20 para varones y mujeres, respectivamente, y desglosándose su ocurrencia en las diferentes Comarcas (Partidos Judiciales). Se confirman hallazgos anteriores: el suicidio crece con la edad, lo comete más del triple de hombres que de mujeres (con una enorme subida en los jóvenes), diferenciándose los sexos en la elección del mes de ocurrencia y en los métodos a utilizar.

Palabras clave: Suicidio consumado. Epidemiología. Murcia. Diferencias inter-sexos.

Title: Completed suicide in Murcia (Spain), 1990-1992

Abstract: We analyzed suicide behaviour in Murcia, during the period 1990-92. We have found a global rate of 6.31 per 100.000 inhabitants (9.52 and 3.20, for men and women, respectively). Also, we have studied the occurrence in the different areas (Judicial Districts). We confirm prior findings: the more aged, the more prone to commit suicide (with a great amount of young people); males did it three times more than females; the method and the months depend on individuals' sex.

Key words: Suicide. Epidemiology. Murcia. Sex-related differences.

Introducción

El Suicidio constituye un grave problema de Salud Pública a nivel mundial. De la correcta especificación epidemiológica de este fenómeno dependerá, en gran medida, la subsiguiente concienciación por parte de las Autoridades Sanitarias y Administrativas del verdadero alcance del mismo en sus respectivas zonas de actuación. Ese es nuestro objetivo al abordar el presente estudio.

Este análisis del suicidio consumado en la Comunidad Autónoma de Murcia continúa una serie de investigaciones que, a nivel epidemiológico, estamos llevando a cabo en distintas zonas del Estado Español (1,2,3). Nuestro interés es doble: por un lado, ofrecer la mayor información posible sobre la incidencia localizada del fenómeno suicida en Mur-

cia y sus distintas zonas de adscripción; y por otro, intentar agrupar los diferentes estudios locales/autonómicos en uno solo que pueda tener, a partir de su mayor validez y fiabilidad, una importancia clave tanto a nivel epidemiológico como preventivo.

Murcia tenía en 1991 una población de 1.021.104 habitantes, repartidos de forma desigual dentro de un territorio de 11.353 km². La densidad media es de 89.9 hab./km². La disparidad poblacional llega a tales extremos que puede constatararse la existencia de un eje de acumulación poblacional (marcado por las vegas alta y media del Segura, costa sureste y valle del Guadalentín) que, representando sólo un 13% de la superficie territorial total, agrupa casi un 70% de la población murciana. El resto del espacio regional está semivacío, con sectores de densidades inferiores a los 10 hab/km². Existen dos grandes municipios, Murcia y Catagena, que acumulan por sí solos al 50% de la población (4).

(*) **Dirección para correspondencia:** Jose Manuel Gutiérrez García. Gabinete de Psicología "Eustress". C/ J.B. Uriarte, 53. 48960 Galdakao, Vizcaya (España).
E-mail: eustres@redestb.es

© Copyright 1996: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: xx-zx-96, aceptado: xx-x-96.

Material y método

El material utilizado en este trabajo abarca todas aquellas muertes violentas ocurridas en la Comunidad Autónoma de Murcia durante el período 1990-1992, cuya autopsia haya sido realizada en los Servicios de Medicina Legal correspondientes y cuya etiología suicida haya sido establecida y consignada por el médico forense correspondiente. De esta manera, hemos recabado datos del Instituto Anatómico-Forense de Cartagena, así como de los Servicios de Medicina Legal de Murcia.

Se puede, por tanto, establecer, desde un punto de vista epistemológico, que nuestros datos son absolutamente fiables. Es probable, sin embargo, que puedan haberse dado más actos suicidas de los que aquí se contemplan. Su enmascaramiento puede deberse a razones variadas: equivalentes suicidas (5), problemas con los seguros de vida y otros (6,7).

Así pues, de los archivos de los organismos Médico-Forenses, hemos extraído todos aquellos datos que pasamos a enumerar (para cada uno de los casos/sujeto):

- Hora, día, mes, año y localidad de ocurrencia del acto suicida.
- Sexo, edad y estado civil del sujeto suicida, y método utilizado.

Con estas variables, y con otras dos más (extraídas de las anteriores: el día de la semana y la estación), hemos llevado a cabo el presente estudio.

Es de resaltar la ausencia de algunas variables que hubieran aportado más luz al fenómeno estudiado, como son: Ocupación laboral, antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el sujeto o su familia, consultas a facultativos previas al acto suicida, existencia de nota suicida, etc. Lamentablemente, en esta ocasión, como en tantas otras, no ha sido posible acceder a dichas variables a partir de las bases de datos establecidas a tal efecto. Seguiremos insistiendo, por tanto, en la importancia que la creación de un *Banco de Datos Forense* tendría para la ampliación del cono-

cimiento sobre un vasto conjunto de temas, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Las tasas han sido calculadas utilizando los datos de población del Censo de 1991 llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (8). La oportunidad de contar con un año de referencia censal supone, a nuestro entender, un acierto metodológico de cara a contar con la necesaria fiabilidad cuantitativa poblacional. De este Censo, hemos tomado siempre como base de cálculo -salvo especificación contraria- las Poblaciones de Hecho; pensamos que es un dato más correcto, dado que estudiamos la población que se ha suicidado en Murcia durante el período citado, sin tener en cuenta su procedencia.

Hemos analizado además la ocurrencia suicida por Zonas, basándonos en las poblaciones correspondientes a los Partidos Judiciales establecidos en la Comunidad, su densidad y su distinta proximidad geográfica (física, industrial, comunicaciones); la extensión de los mismos no se ha visto afectada, sólo su diferente agrupación o categorización en Zonas de estudio; también hemos cruzado estas Zonas con otras variables para observar el distinto desarrollo del fenómeno.

Los Partidos Judiciales son divisiones territoriales llevadas a cabo por las Autoridades Judiciales en función de las poblaciones y las distintas zonas a cubrir por los servicios legales. Así pues, las divisiones que hemos establecido son las que aparecen en la Tabla 1:

Tabla 1: Zonas territoriales y denominación de los partidos judiciales de Murcia.

Zonas	Denominación	P. Judicial
1	Sureste	Cartagena San Javier
2	Centro	Murcia Molina de Segura
3	Norte	Cieza Yecla Jumilla
4	Oeste	Caravaca Lorca Mula Totana

Resultados

Podemos observar en la Tabla 2 la ocurrencia suicida observada durante 1990-1992 en las distintas Zonas de estudio. Se ofrecen las cifras absolutas, tanto globales como por sexos, y las tasas zonales. Observamos una

ratio (proporción de ocurrencia de casos) hombre/mujer de 3,1 para toda Murcia, siendo la Zona Norte donde más se aprecia esta disparidad inter-sexos (no se observa ni un solo caso de suicidio en mujeres). Le siguen la zona Centro (igualando la media total, 3,1), Sureste (2,9) y Oeste (1,9).

Tabla 2: Datos de suicidio en Murcia (1990-1992) por zonas.

Zonas	Cifras absolutas				Tasa suicida zonal
	Total	Hombres	Mujeres	Ratio	
Sureste	63	47	16	2,9	8,7
Centro	61	46	15	3,1	4,6
Norte	16	16	0	16/0	4,6
Oeste	35	23	12	1,9	4,9
Total	175	132	43	3,1	

Así mismo, podemos ver en la Tabla 3 la diferente acumulación suicida trianual, establecida esta vez en la categoría más pequeña utilizada en el estudio, esto es, por Partidos Judiciales. Entendemos sin sentido a este nivel la desagregación por sexos, dadas las pequeñas cantidades absolutas observadas.

En la Figura 1 tenemos una representación gráfica que expresa con claridad la distribución de los actos suicidas en la Comunidad Autónoma de Murcia, para los años 1990-1992.

Tenemos, a la sazón, un total de 175 casos, de los cuales 132 son varones y 43 mujeres. La razón es, pues, de 3,1 a favor de los hombres. ($\chi^2 = 47,7$; g.l.=1; $p < 0,0001$).

La distribución absoluta de los suicidios por décadas y sexo se expresa en la Tabla 4. Se observa una clara estructura bimodal tanto en los hombres (con las modas en los tramos 15-24 y 55-64), como en las mujeres (con las modas en los tramos 15-24 y 65-74). Por cierto que las diferencias entre estos grupos de

edad resultan estadísticamente significativas ($\chi^2 = 64,54$; g.l.=6; $p < 0,0001$).

Tabla 3: El suicidio en Murcia (1990-92) por partidos judiciales

Zonas	Partidos Judiciales	Total	Tasa suicida
Sureste	Cartagena	52	8,8
	San Javier	11	8
Centro	Murcia	53	4,9
	Molina de Segura	8	3,1
Norte	Cieza	8	4
	Jumilla	4	6,4
	Yecla	4	5
Oeste	Caravaca	11	6,4
	Lorca	16	5,3
	Totana	3	1,9
	Mula	5	5,5

(La distribución de los Partidos Judiciales es estadísticamente significativa. $\chi^2 = 15,97$; d.f.=3; $p = 0,0011$).

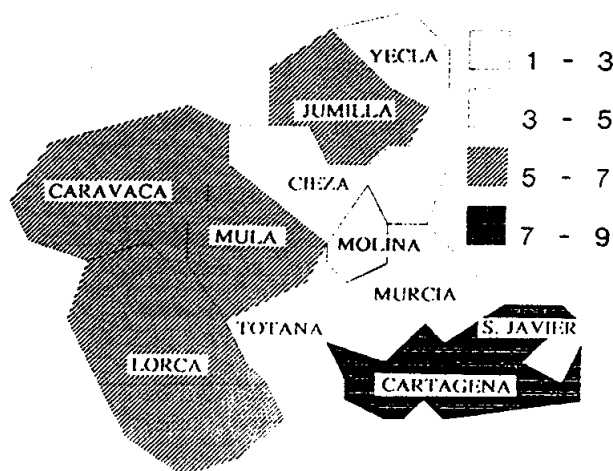


Figura 1: Distribución de la tasa suicida, sobre 100.000 habitantes en Murcia (1990-92).

Tabla 4: Distribución por grupos de edad y sexo en los suicidios de Murcia, 1990-92.

Grupos de edad (Años)	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
15-24	19	6,6	7	2,6	26	4,7
25-34	15	6,5	3	1,3	18	3,9
35-44	12	7,1	2	1,1	14	4,1
45-54	14	9,3	5	3,1	19	6,1
55-64	23	15,1	5	3	28	8,8
65-74	19	21,1	12	10,6	31	15,3
> 74	19	37	7	8,1	26	18,8
Total	121	9,52	41	3,2	162	6,31

(Nota: Faltan por asignar 13 casos, de edad desconocida. Las tasas se calculan sobre 100.000 habitantes).

Resulta clarificadora, asimismo, la observación de las tasas, en la misma tabla. Vemos que en los hombres se trata prácticamente de un ascenso gradual, directamente proporcional a la edad; en las mujeres, sin embargo, se observa una estructura bimodal que coincide con la habida en los datos brutos.

Una vez observada la ocurrencia pormenorizada del suicidio por décadas, todas las restantes variables serán confrontadas -a partir de ahora- a la variable EDAD, categoriza-

da por cuestiones prácticas en cuatro grupos: Juventud (15-24), 1ª Edad (25-44), 2ª Edad (45-64), y 3ª Edad (más de 64 años). En la Figura 2, podemos observar cómo se presentan en hombres y mujeres, en un gráfico tipo tarta, proporcional a los valores dados.

Podemos percibir el constante incremento que se da en los hombres, conforme se avanza en edad. Se inicia con un 16% en la Juventud, pasando a 22% y 31 % en las primera y segunda edades, respectivamente, hasta llegar a

un 31% en la 3ª Edad. En las mujeres, la distribución sigue siendo bimodal: 17%, 12%, 24% y 46%, respectivamente. Esa llamativa elevación de los casos suicidas en la Juventud femenina, es más propia de los varones, como luego comentaremos.

En cuanto a la variable estado civil, no hemos podido conseguir la adscripción de 71 sujetos en esta categoría (un 41% del total), por lo que, congruentemente, prescindiremos de su análisis en el resto del estudio.

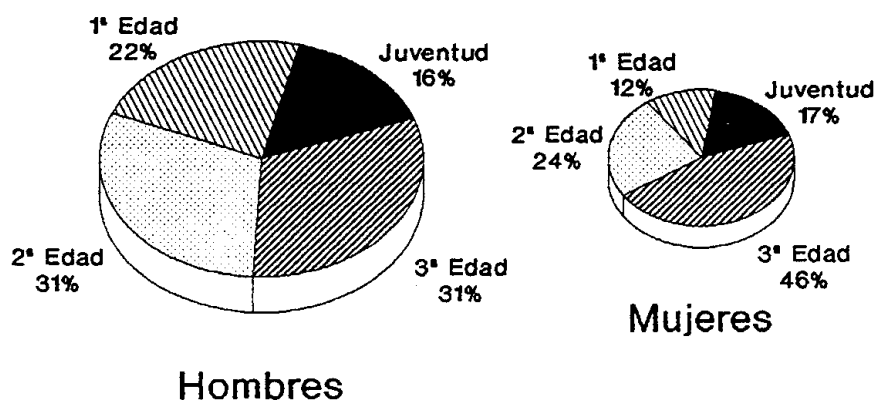


Figura 2: Distribución del suicidio por edad y sexo.

No se ha observado ninguna relación entre los casos de suicidio y la diferente densidad poblacional de la Comunidad Autónoma.

Analicemos ahora los distintos métodos suicidas utilizados (véase Tabla 5), partiendo de la base de su distinta representación proporcional ($\chi^2=106,9$; g.l.:5; $p<0,0001$). El mecanismo más utilizado por ambos sexos fue la

Ahorcadura (45,1% de los casos), seguido de la Precipitación (14,9% del total), el Envenenamiento (11,4%), las Armas, tanto de fuego como blancas (9,1%), Sumersión (6,3%), los Cáusticos (5,7%) y el Arrollamiento por tren (4%). Sin embargo, si tenemos en cuenta el sexo, la distribución no ha sido ni mucho menos homogénea.

Tabla 5: Métodos suicidas más importantes empleados en Murcia, 1990-92.

Métodos	Hombres		Mujeres	
	(N=132)	%	(N=43)	%
Ahorcamiento	62	47	17	39,5
Precipitación	14	10,6	12	27,9
Envenenamiento	15	11,4	5	11,6
Armas de fuego y blancas	15	11,4	1	2,3
Sumersión	10	7,6	1	2,3
Cáusticos	5	3,8	5	11,6
Otros	11	8,3	2	4,6

Podemos comprobar que la proporción de ocurrencia general inter-sexos (3,1:1), crece desmesuradamente con algunos métodos: así, las Armas, 15:1; la Sumersión 10:1; siempre a

favor de los hombres. En otros, sin embargo, se mantiene más o menos intacta dicha proporción: Ahorcamiento 3,6:1 o Envenenamiento

miento 3,0:1. Hay un caso curioso: los Cáusticos igualan a los sexos en número de casos.

La distribución de los suicidios según los meses es bastante regular, y las pequeñas diferencias no son estadísticamente significativas. Si unimos los meses según las estaciones del año, los valores quedan algo más claros: para los hombres, resulta ser la Primavera la que concita más actos suicidas seguida del Verano (véase Fig. 3, donde hemos semiduplicado el año para observar mejor la ten-

dencia). Para las mujeres, son la Primavera y el Invierno las épocas más marcadas por los actos suicidas.

En lo que se refiere a los días del mes, no se observa diferencias importantes. En cuanto a los días de la semana (véase la Figura 4), la cota más alta se da el Viernes, seguido del Sábado y Lunes; las diferencias son significativas ($\chi^2 = 15,1$; g.l. = 6; $p=0.019$).

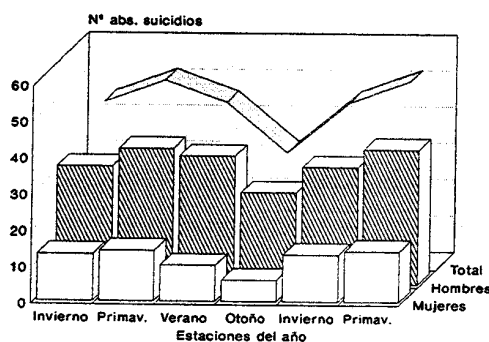


Figura 3: Distribución del suicidio por estación del año y sexo.

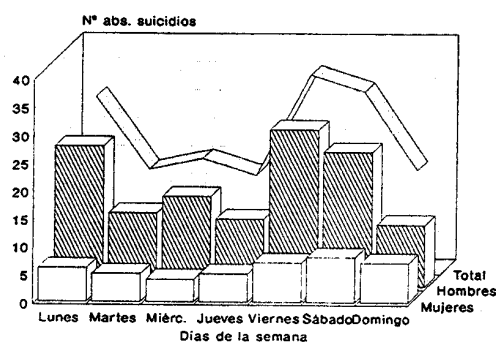


Figura 4: Distribución del suicidio por días de la semana y sexo.

La hora diferencia también de forma significativa, a los dos sexos ($\chi^2=14,29$; g.l.=3; $p=0,002$): ambos prefieren utilizar las horas matutinas y vespertinas, por ese orden.

En cuanto a las diferencias según el año de estudio, se observa un descenso significativo de los casos en el año 1992. Este descenso, sin embargo, no responde a una disminución efectiva de los casos de suicidio, sino a una serie de dificultades administrativas encontradas en la recogida de datos. Para solventar esta contingencia, se primará la apreciación porcentual de las variables y no tanto el mero dato cuantitativo.

Discusión

Resulta ya típico hablar de las dificultades para realizar una cuantificación válida de los suicidios consumados, y todas las medidas posibles para reconocer y enmendar esta situación en nuestro propio entorno han sido ya expuestas sin resultado práctico alguno (6, 9, 10).

Con esta investigación sobre el suicidio consumado en la Comunidad Autónoma de Murcia hemos pretendido, en suma, dar un paso más en lo que pretende ser un estudio en profundidad de todo el Estado Español. Dicho informe sería de capital importancia como base de partida para toda una serie de análisis locales posteriores, y como esquema de trabajo para el diseño de políticas de prevención efectivas.

Debido a dificultades de orden burocrático, hemos tenido problemas para conseguir información de todos los casos suicidas, en concreto, en los referidos a los años 1990 y, sobre todo, 1992. Así, la comparación entre nuestros datos y los facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (8), ofrece las cantidades que aparecen en la Tabla 6.

Es por ello, que hemos decidido utilizar los datos referidos a 1991, por su doble condición de año central del estudio y año censal, para establecer las tasas (totales y por sexos) referidas a todo el período, que son las que

figuran en los resultados de esta investigación (véase Tabla 4).

Tabla 6: Comparación de cifras globales de suicidio según el I.N.E. y según la presente investigación.

Año	I.N.E.	Presente investigación
1990	77	69
1991	60	66
1992	78	40

Los datos no parecen preocupantes ($6,3/10^5$ habitantes), dada la media nacional, que -según los estudios- parece rondar los 10 casos por cada 100.000 personas (10,11,12). Sólo destacaríamos la especial incidencia que se observa en la Zona Sureste (Partidos de Cartagena y San Javier) y el Partido Judicial de Lorca que, con una tasas globales de 9,7, 10,9 y 10,0 respectivamente, son los que más se acercan a valores dignos de atención preventiva. En otras zonas, se hace imprescindible una cierta cautela en la lectura de los datos, dados los pequeños colectivos poblacionales a los que se refieren.

No se ha observado correlación alguna entre suicidio y ámbito rural/urbano, es decir, que la ocurrencia suicida no parece verse influida -con los datos a nuestro alcance- por el tipo de entorno geográfico en que habitan los sujetos. Tampoco la ratio inter-sexos, estimada de modo global en 3,1 varones por cada mujer, se ve afectada, como se observó en otros estudios (13,14,15), por dicho entorno. Es curioso observar que las dos zonas menos industrializadas (Oeste y Norte) ostentan los lugares extremos en la escala de proporción hombre/mujer (véase Tabla 2).

De la distribución geográfica del suicidio, en Figura 1, no parece extraerse relación significativa alguna.

De la estructura de edades, en Tabla 4, podemos destacar, en contra de lo observado en otros estudios, la distribución bimodal que sufren ambos sexos. Y lo llamativo está en que en Murcia las mujeres jóvenes comparten con sus homónimos del sexo opuesto, y con más intensidad mayor si cabe, esa observa-

ción realizada a partir de los años ochenta (16,17) en toda Europa, que implica el crecimiento significativo del suicidio en los tramos de edad más jóvenes.

En la Figura 3, vemos que la proporción según grandes grupos de edad nos muestra en los varones un crecimiento paulatino (ya observado en el estudio de tasas por tramos). En las mujeres, persiste la acumulación bimodal.

En lo referente a los métodos suicidas, constatamos la superioridad del método nacional por excelencia, el Ahorcamiento, seguido por la Precipitación, Envenenamiento, Armas, etc. No es necesario resaltar los contrastes habituales entre elección de método según sexo (sobre todo en Armas y Sumersión). Sí es llamativo, sin embargo, el caso de los Cáusticos, donde se iguala el número absoluto de casos en ambos sexos (5 sujetos), aunque con una importancia relativa diferente (11,6% de las mujeres y 3,8 de los hombres). Es notoria la persistencia del método en la zona, como atestiguan informes contrastados sobre cinco años de medición, 1989-1993, del Instituto Anatómico-Forense de Cartagena (18), que estiman que los Cáusticos constituyen el tercer método de elección, tras los habituales de Ahorcamiento y Precipitación.

No se observan alteraciones llamativas en la distribución de acuerdo con las estaciones del año, el mes o el día del mes. Sí las hay, sin embargo, en lo referente a los días de la semana (Fig. 4) y la hora del suceso suicida, aunque los dos sexos coinciden: tanto hombres como mujeres se suicidan más al comienzo del fin de semana (Viernes y Sábado) y al comienzo de la misma (Lunes), y prefieren para hacerlo las horas matutinas y vespertinas.

Agradecimientos: Deseamos remarcar nuestra deuda para con los integrantes de los diferentes Servicios Forenses de la Comunidad Autónoma de Murcia y, en particular, con D. Emilio Pérez Pujol, Director del Instituto Anatómico Forense de Cartagena, sin cuya inestimable colaboración no habría sido posible la realización de este estudio.

Referencias bibliográficas

1. Gutiérrez, J.M. (1991). El Suicidio consumado en Madrid, 1990-1992. *Psiquis*, 16 (9), 374-379.
2. Gutiérrez, J.M. (1995). El Suicidio consumado en Guipúzcoa, 1990-1992. *Rev. Psicol. Salud*, 7 (2), 23-51.
3. Gutiérrez, J.M. (1996). El Suicidio en Euskadi, 1991. *Gaceta Médica de Bilbao*, 93, 3-8.

Conclusiones

- 1.- El Suicidio es un fenómeno sin mayor trascendencia en la Comunidad Autónoma de Murcia, alcanzando un cierto nivel digno de consideración preventiva en los Partidos de San Javier, Lorca y Cartagena, que bordean los 10 suicidios por 100.000 habitantes.
- 2.- La tasa suicida global es de 6,31/100.000 habitantes (9,52 para varones; 3,20 para mujeres), para el año 1991. Se observa una proporción Hombre/Mujer de 3,1/1.
- 3.- Se aprecia un distribución bimodal del suicidio tanto en varones como en mujeres, en referencia a la edad. Las modas se sitúan en los tramos de edad (15-24), ambos sexos y (55-64) para varones y (65-74) para mujeres.
- 4.- Los mecanismos más utilizados son : Ahorcamiento, Precipitación, Envenenamiento, y Armas. Se observa la gran disparidad habitual de métodos en función del sexo del sujeto (armas, sobre todo). Resaltamos como llamativo el número de casos de utilización de Cáusticos (C.I.E. E-958.7), que suponen casi un 12% de mujeres y un 4% de varones.
- 5.- La Primavera es la estación con más suicidios para los hombres, seguido del Otoño. Para las mujeres, el Invierno se sitúa en cabeza, seguido de la Primavera. Ambos sexos optan por suicidarse durante las horas diurnas (de las 8 de la mañana a las 6 de la tarde), preferentemente los Viernes, Sábados y Lunes.

4. Crespo, J. et al. (1993). *Atlas de España, tomo II*. Madrid: El País/Aguilar.
5. Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el Suicidio*, Barcelona: Salvat.
6. Aranda, J.(1984). Problemas que presentan la elaboración de la estadística del suicidio. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, XVI, 8, 517-520.
7. Guillon, C. y Le Bonniec, Y.(1983). Suicidio, Técnicas, historia, actualidad. Barcelona: ATE.
8. Instituto Nacional de Estadística (1993). *Censo del año 1991*. Madrid.
9. Gutiérrez, J. M.(1991). Optimización de la investigación estadística en Suicidología. *Psicopatología*, 11 (3), 91-96.
10. Sarró, B. y De la Cruz, C.(1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
11. Gutiérrez, J.M. (1995). Análisis breve del estudio oficial del Suicidio en el Estado Español, *Revista de Psiquiatría (Fac. Med. Barna.)*, 22 (1), 25-28.
12. Entrena, J.J., Sellart, A. y Alcaraz, J.L.(1988). Estudio de la muerte de etiología suicida, en el Instituto Anatómico Forense de Bilbao, durante el año de 1985, *Gaceta Médica de Bilbao*, 85 (5-6), 167-171.
13. Moens,F.G., Loysch, M.J.M. y Van de Voor, H. (1988). The geographical pattern of methods of suicide in Belgium: Implications for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 320-327.
14. Gabriel,J., Paschalis,Ch. y Beratis,S. (1993). Suicide inurban and rural southern Greece. *European Journal of Psychiatry*, 7 (2), 103-111.
15. Obafunwa, J.O. y Busuttil, A. (1994). A review of completed suicides in the Lothian and Borders Region of Scotland (1987-1991). *Soc. Psychiatry Psychiat. Epidemiol.*, 29, 100-106.
16. Carré, J.R. y Zucker, E. (1989). *Mortalité et morbidité violentesdans la population des jeunes de 15 - 24 ans*. Paris: La Documentation Française.
- 17.Diekstra, R.F.W.(1989). Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (suppl.354), 1-24.
18. Instituto Anatómico-Forense (1993). *Memoria anual estadística del I.A.F. de Cartagena*. Cartagena.